

し尿処理手数料減免申請書

年 月 日

砂川市長 様

住所
申請者
氏名

次の理由により、し尿処理手数料の減免を受けたいので申請します。

なお、申請に伴い世帯状況、課税状況を確認することについて了承します。

処理年月日及び 納入通知番号	①	年 月 日	No.		
	②	年 月 日	No.		
	③	年 月 日	No.		
処理量及び処理 手数料	①	リットル	円	減免額	円
	②	リットル	円		円
	③	リットル	円		円
減免の理由	<p>1 生活保護法の規定により生活扶助を受けている。</p> <p>2 母子及び寡婦福祉法の規定による母子世帯及び心身に障害を有する者と同居する母親の収入により生計を維持している世帯で、かつ、申請時において市民税が非課税の世帯</p> <p>3 市民税非課税世帯 同居する世帯全員が申請時において市民税非課税である世帯</p> <p>4 その他減免をすることが特に必要と認められる世帯</p> <p>(ア)砂川市紙オムツ利用券交付事業実施要綱に基づき、支給対象者と同居する世帯</p> <p>(イ)天災、地変、その他の事故により、手数料の納入が著しく困難になった者</p> <p>(ウ)公益上の理由により市長が認めたもの</p>				
<p>認定事項</p> <p>上記のとおり相違ないことを認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">砂川市福祉事務所長 印</p> <p style="text-align: right;">市民税課税台帳確認 印</p>					